

免疫療法問診表



記入日

氏名

性別

生年月日

職業

住所

連絡先①

連絡先②

Eメールアドレス

病名

現在通院中の病院

告知の有無

告知内容

無

有

主治医から説明を受けている今後の治療方針

	賛成	反対	どちらでもない	相談してない
主治医は免疫療法に	○	○	○	○

現在の状態

- 日常生活動作には支障はない
 - 少しの介護があれば日常生活には支障がない
 - 完全介護が必要
 - 寝たきり
 - 現在入院中
-

これまでの経過

現在服用中の薬